

中西医结合治疗哮喘的疗效观察

陆艺苹

南宁市福利中医医院康宁科, 广西 南宁

收稿日期: 2025年9月2日; 录用日期: 2025年10月17日; 发布日期: 2025年10月30日

摘要

本研究通过大样本临床对照试验, 系统观察中西医结合治疗哮喘的临床疗效及安全性。选取2022年1月至2023年12月期间在我院呼吸科就诊的哮喘患者420例, 按照随机数字表法分为观察组(210例)和对照组(210例)。对照组采用西医标准化治疗方案, 观察组在对照组基础上联合中医辨证论治。结果显示, 观察组临床总有效率为92.38%, 显著高于对照组的78.57% ($P < 0.05$); 治疗后观察组第1秒用力呼气容积(FEV₁)、呼气峰流速(PEF)等肺功能指标改善幅度优于对照组($P < 0.05$); 观察组6个月复发率为11.43%, 低于对照组的28.57% ($P < 0.05$); 两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 中西医结合治疗哮喘能显著提升临床疗效, 改善肺功能, 降低复发率, 且安全性良好, 值得临床推广应用。

关键词

哮喘, 中西医结合, 辨证论治, 肺功能, 复发率

Observation on the Efficacy of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Asthma

Yiping Lu

Department of Kangning, Nanning Welfare Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanning Guangxi

Received: Sep. 2nd, 2025; accepted: Oct. 17th, 2025; published: Oct. 30th, 2025

Abstract

This study systematically observed the clinical efficacy and safety of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of asthma through a large-sample clinical controlled trial. A total of 420 asthma patients who attended the Respiratory Department of our hospital from January 2022 to December 2023 were selected and divided into an observation group (210 cases) and

a control group (210 cases) using the random number table method. The control group was treated with a standardized Western medicine treatment plan, while the observation group received syndrome differentiation-based traditional Chinese medicine treatment on the basis of the control group's treatment. The results showed that the total clinical effective rate of the observation group was 92.38%, which was significantly higher than 78.57% of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the improvement in pulmonary function indicators such as forced expiratory volume in 1 second (FEV₁) and peak expiratory flow (PEF) in the observation group was better than that in the control group ($P < 0.05$). The 6-month recurrence rate of the observation group was 11.43%, lower than 28.57% of the control group ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: Integrated traditional Chinese and Western medicine treatment can significantly improve the clinical efficacy in asthma, enhance pulmonary function, reduce the recurrence rate, and has good safety, which is worthy of clinical promotion and application.

Keywords

Asthma, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Syndrome Differentiation and Treatment, Pulmonary Function, Recurrence Rate

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

1.1. 疾病概述

支气管哮喘(简称哮喘)是一种以气道慢性炎症、气道高反应性和可逆性气流受限为特征的异质性疾病,全球患病人数已超过3亿,我国成人哮喘患病率约为4.2%,且呈逐年上升趋势[1]。其典型临床表现为反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽,常在夜间及凌晨发作或加重,多数患者可自行缓解或经治疗后缓解,但频繁发作可导致气道重塑,严重影响患者生活质量,甚至危及生命。

现代医学认为,哮喘的发病与遗传因素、环境因素、免疫炎症反应密切相关。遗传因素决定了个体的易感性,环境中的变应原(如尘螨、花粉、动物皮毛)、感染、气候变化、运动、精神因素等均可诱发或加重哮喘。其病理生理过程涉及肥大细胞、嗜酸性粒细胞、T淋巴细胞等多种炎症细胞的激活,以及白三烯、前列腺素等炎症介质的释放,导致气道平滑肌痉挛、黏膜水肿、分泌物增加,最终引起气流受限。

1.2. 中西医治疗现状

西医治疗:目前西医治疗哮喘以“分级治疗、长期管理”为原则,根据病情严重程度制定个体化方案,常用药物包括吸入性糖皮质激素(ICS)、长效 β_2 受体激动剂(LABA)、白三烯调节剂、茶碱类药物等。其中,ICS+LABA联合制剂是中重度哮喘的首选控制药物,能有效抑制气道炎症,减少发作频率,但长期使用可能出现口腔念珠菌感染、声音嘶哑、骨质疏松等不良反应,且部分患者对药物敏感性降低,病情控制不佳,停药后易复发。

中医认识与治疗:中医将哮喘归为“哮病”范畴,早在《黄帝内经》中就有“喘鸣”“上气”等类似症状的记载。中医认为,哮病的发生以“痰饮内伏”为根本病机,即“夙根”,而外感风寒暑湿、饮食不当、情志失调、劳累过度等为诱发因素。病位主要在肺,与脾、肾关系密切——肺主气司呼吸,肺气上逆

则喘促；脾主运化，脾虚则痰湿内生；肾主纳气，肾虚则摄纳无权，气不归元。根据辨证要点，哮喘可分为发作期(寒哮、热哮)和缓解期(肺气虚、脾气虚、肾气虚等)，治疗上发作期以攻邪治标、化痰平喘为主，缓解期以扶正治本、补肺健脾益肾为主。

1.3. 研究意义

近年来，中西医结合治疗哮喘逐渐成为研究热点，其核心在于发挥西医快速控制症状与中医整体调理、减少复发的优势，实现“急则治标、缓则治本”的协同效应。本研究通过严格的临床对照设计，系统观察中西医结合治疗对哮喘患者临床症状、肺功能、复发率及安全性的影响，为优化哮喘治疗方案提供循证医学依据。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

2.1.1. 病例来源

选取 2022 年 1 月至 2023 年 12 月在我院呼吸科门诊及住院治疗的哮喘患者 420 例，所有患者均符合以下纳入标准，并排除不符合要求的病例。

2.1.2. 诊断标准

西医诊断标准：参照《支气管哮喘防治指南(2020 年版)》：① 反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽，多与接触变应原、冷空气、物理或化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动等有关；② 发作时双肺可闻及散在或弥漫性、以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长；③ 上述症状和体征可经治疗缓解或自行缓解；④ 除外其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽；⑤ 临床表现不典型者(如无明显喘息或体征)，应至少具备以下 1 项试验阳性：支气管激发试验或运动激发试验阳性；支气管舒张试验阳性(FEV₁ 较用药前增加 $\geq 12\%$ ，且增加值 ≥ 200 ml)；呼气峰流速(PEF)日内变异率 $\geq 10\%$ 。符合①~④条或④~⑤条者，可诊断为哮喘。

中医辨证标准：参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[2]及《中医内科学》(第 10 版)[3]：

发作期：寒哮证——喉中哮鸣如水鸡声，呼吸急促，喘憋气逆，痰少色白多泡沫，口不渴或渴喜热饮，形寒怕冷，舌苔白滑，脉弦紧或浮紧；热哮证——喉中痰鸣如吼，喘而气粗息涌，痰黄或白、黏浊稠厚，口苦口渴，汗出面赤，舌苔黄腻，脉滑数或弦数。

缓解期：肺脾气虚证——气短声低，自汗怕风，易感冒，倦怠乏力，食少便溏，舌淡苔白，脉细弱；肺肾气虚证——气短息促，动则尤甚，腰膝酸软，畏寒肢冷，面色苍白，舌淡苔白，脉沉细。

2.1.3. 纳入标准

符合上述中西医诊断标准；

年龄 18~65 岁；

病情严重程度为轻、中度持续(参照哮喘控制水平分级)；

近 1 个月内未使用过全身性糖皮质激素；

患者及家属知情同意，并签署知情同意书。

2.1.4. 排除标准

合并严重心、肝、肾等脏器功能不全者；

合并支气管扩张、肺纤维化、肺结核等其他肺部疾病者；

对本研究所用药物过敏者；

妊娠期或哺乳期女性；
精神疾病患者或认知功能障碍者。

2.1.5. 分组方法

采用随机数字表法将 420 例患者分为观察组和对照组，每组 210 例。观察组中，男 112 例，女 98 例；年龄 20~64 岁，平均 (42.5 ± 8.3) 岁；病程 1~15 年，平均 (6.2 ± 2.1) 年；病情程度：轻度持续 124 例，中度持续 86 例；辨证分型：发作期寒哮 58 例、热哮 62 例，缓解期肺脾气虚 56 例、肺肾气虚 34 例。对照组中，男 108 例，女 102 例；年龄 19~65 岁，平均 (43.1 ± 7.9) 岁；病程 1~16 年，平均 (6.5 ± 2.3) 年；病情程度：轻度持续 120 例，中度持续 90 例；辨证分型：发作期寒哮 60 例、热哮 60 例，缓解期肺脾气虚 54 例、肺肾气虚 36 例。两组患者在性别、年龄、病程、病情程度、辨证分型等一般资料方面比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

2.2. 治疗方法

两组患者均给予哮喘健康教育，包括避免接触变应原、规律用药、呼吸功能锻炼、病情监测等。治疗周期为 12 周，随访 6 个月。

2.2.1. 对照组(西医常规治疗)

轻度持续哮喘：布地奈德吸入气雾剂(规格：200 μg /揿)，每次 1 揿，每日 2 次吸入；必要时使用沙丁胺醇气雾剂(100 μg /揿)缓解症状，每次 1~2 揿，每日不超过 8 揿。

中度持续哮喘：布地奈德福莫特罗粉吸入剂(规格：160 μg /4.5 μg /吸)，每次 1 吸，每日 2 次吸入；若症状控制不佳，可加用孟鲁司特钠片(10 mg/片)，每晚 1 片口服。

用药方法：指导患者正确使用吸入装置，吸入后漱口以减少口腔不良反应。

2.2.2. 观察组(中西医结合治疗)

在对照组西医治疗基础上，根据中医辨证分型加用中药汤剂治疗：

发作期寒哮证：给予射干麻黄汤加减。药物组成：射干 10 g，麻黄 6 g，生姜 6 g，细辛 3 g，紫菀 15 g，款冬花 15 g，大枣 5 枚，半夏 10 g，五味子 10 g。若痰多气逆，加苏子 10 g、莱菔子 10 g；若恶寒明显，加桂枝 6 g、防风 10 g。

发作期热哮证：给予定喘汤加减。药物组成：白果 10 g (打碎)，麻黄 6 g，苏子 10 g，甘草 6 g，款冬花 15 g，杏仁 10 g，桑白皮 15 g，黄芩 10 g，半夏 10 g。若痰稠难咯，加瓜蒌 15 g、川贝母 10 g；若热盛烦躁，加石膏 30 g (先煎)、知母 10 g。

缓解期肺脾气虚证：给予六君子汤合玉屏风散加减。药物组成：党参 15 g，白术 15 g，茯苓 15 g，甘草 6 g，陈皮 10 g，半夏 10 g，黄芪 20 g，防风 10 g。若自汗明显，加浮小麦 15 g、煅牡蛎 20 g (先煎)；若食少便溏，加炒麦芽 15 g、炒神曲 15 g。

缓解期肺肾气虚证：给予金水六君煎加减。药物组成：茯苓 15 g，熟地黄 15 g，当归 10 g，半夏 10 g，陈皮 10 g，甘草 6 g，补骨脂 10 g，五味子 10 g。若畏寒肢冷，加附子 6 g (先煎)、肉桂 3 g (后下)；若腰膝酸软，加杜仲 15 g、牛膝 15 g。

中药汤剂由我院中药房统一煎煮，每剂水煎取汁 400 ml，分早晚 2 次温服，每日 1 剂。

2.3. 观察指标

2.3.1. 临床疗效

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》制定疗效标准：

临床控制：哮喘症状完全缓解，FEV₁ 或 PEF 增加 $\geq 35\%$ ，或治疗后 FEV₁/PEF $\geq 80\%$ 预计值，随访 3 个月无发作；

显效：哮喘症状明显缓解，发作次数减少 $\geq 75\%$ ，FEV₁/PEF 增加 25%~34%；

有效：哮喘症状有所缓解，发作次数减少 50%~74%，FEV₁/PEF 增加 15%~24%；

无效：哮喘症状无明显改善或加重，发作次数减少 $< 50\%$ ，FEV₁/PEF 增加 $< 15\%$ 。

总有效率 = (临床控制例数 + 显效例数 + 有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

2.3.2. 肺功能指标

分别于治疗前、治疗 12 周后采用肺功能仪检测 FEV₁、FEV₁ 占预计值百分比(FEV₁% pred)、PEF，记录并比较两组指标变化。

2.3.3. 症状积分

参照《支气管哮喘症状评分标准》，对喘息、咳嗽、胸闷、呼吸困难 4 项症状进行评分：无症状计 0 分；轻度(每日发作 < 2 次，不影响日常生活)计 1 分；中度(每日发作 2~4 次，部分影响日常生活)计 2 分；重度(每日发作 > 4 次，严重影响日常生活)计 3 分。于治疗前、治疗 4 周、8 周、12 周分别评分，计算总积分。

2.3.4. 复发率

随访 6 个月，记录两组患者哮喘复发情况(复发定义：出现喘息、气急等症状，需使用急救药物或就医)，计算复发率。

2.3.5. 不良反应

观察治疗期间两组患者出现的不良反应，参照《药品不良反应报告和监测管理办法》进行严重程度分级(轻度：症状轻微，不影响生活；中度：症状明显，影响生活；重度：症状严重，危及生命)及因果关系判定(肯定、很可能、可能、待评价、无关)，记录不良反应发生率。

2.4. 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组内治疗前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以率(%)表示，比较采用 χ^2 检验。等级资料比较采用秩和检验。P < 0.05 为差异具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组临床疗效比较

治疗 12 周后，观察组临床控制 86 例，显效 78 例，有效 30 例，无效 16 例，总有效率为 92.38%；对照组临床控制 54 例，显效 62 例，有效 49 例，无效 45 例，总有效率为 78.57%。观察组总有效率显著高于对照组，差异有统计学意义($\chi^2 = 15.36$, P < 0.01)。见表 1。

Table 1. Comparison of clinical efficacy between the two groups (case, %)

表 1. 两组患者临床疗效比较(例, %)

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
观察组	210	86 (40.95)	78 (37.14)	30 (14.29)	16 (7.62)	194 (92.38)
对照组	210	54 (25.71)	62 (29.52)	49 (23.33)	45 (21.43)	165 (78.57)

3.2. 两组治疗前后肺功能指标比较

治疗前，两组患者 FEV₁、FEV₁% pred、PEF 比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)；治疗 12 周后，两组上述指标均较治疗前显著改善($P < 0.01$)，且观察组改善幅度大于对照组，差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

Table 2. Comparison of pulmonary function indexes between the two groups before and after treatment ($x \pm s$)

表 2. 两组患者治疗前后肺功能指标比较($x \pm s$)

指标	组别	例数	治疗前	治疗后	差值
FEV ₁ (L)	观察组	210	2.15 ± 0.42	3.02 ± 0.51	0.87 ± 0.35
	对照组	210	2.18 ± 0.45	2.65 ± 0.48	0.47 ± 0.32
FEV ₁ %pred (%)	观察组	210	65.2 ± 8.7	89.5 ± 7.3	24.3 ± 6.8
	对照组	210	64.8 ± 9.1	76.3 ± 8.2	11.5 ± 7.5
PEF (L/min)	观察组	210	285 ± 42	420 ± 53	135 ± 38
	对照组	210	288 ± 45	352 ± 49	64 ± 35

注：与本组治疗前比较， $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较， $P < 0.01$ 。

3.3. 两组治疗前后症状积分比较

治疗前，两组患者症状总积分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗 4 周、8 周、12 周后，两组症状总积分均较治疗前显著降低($P < 0.01$)，且观察组各时间点积分均低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 3。

Table 3. Comparison of total symptom scores between the two groups before and after treatment ($x \pm s$, score)

表 3. 两组患者治疗前后症状总积分比较($x \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周	治疗 12 周
观察组	210	8.6 ± 2.1	5.2 ± 1.6	3.1 ± 1.2	1.3 ± 0.8
对照组	210	8.5 ± 2.3	6.8 ± 1.8	4.7 ± 1.5	2.9 ± 1.1

注：与本组治疗前比较， $P < 0.01$ ；与对照组同期比较， $P < 0.01$ 。

3.4. 两组复发率比较

随访 6 个月，观察组复发 24 例，复发率为 11.43% (24/210)；对照组复发 60 例，复发率为 28.57% (60/210)。观察组复发率显著低于对照组，差异有统计学意义($\chi^2 = 18.25, P < 0.01$)。

3.5. 两组不良反应比较

Table 4. Classification of adverse reactions and determination of causal relationship in the two groups (case)

表 4. 两组患者不良反应分级及因果关系判定(例)

组别	不良反应类型	轻度	中度	重度	很可能	可能	待评价	无关
观察组	口腔念珠菌感染	8	0	0	5	3	0	0
	声音嘶哑	5	0	0	3	2	0	0
	胃肠道不适	3	0	0	1	2	0	0

续表

对照组	口腔念珠菌感染	10	0	0	6	4	0	0
	声音嘶哑	7	0	0	4	3	0	0
	心悸	4	0	0	2	2	0	0
	震颤	2	0	0	1	1	0	0

治疗期间,两组不良反应均以轻度为主,无重度不良反应,因果关系判定均为“可能”或“很可能”,无“肯定”关联(见表4)。观察组不良反应发生率为7.62%(16/210),对照组为10.95%(23/210),两组比较差异无统计学意义($\chi^2 = 1.17, P > 0.05$)。所有不良反应经对症处理(如口腔护理、停药观察)后均缓解,未影响治疗进程。

4. 讨论

本研究结果显示,中西医结合治疗哮喘的总有效率(92.38%)显著高于单纯西医治疗(78.57%),且在改善肺功能(FEV_1 差值 0.87 ± 0.35 vs 0.47 ± 0.32)、降低症状积分(治疗12周 1.3 ± 0.8 vs 2.9 ± 1.1)及复发率(11.43% vs 28.57%)方面优势明显,不良反应无显著增加,印证了中西医结合治疗的协同效应[4]。结合现代药理学及国内外研究进展,可从以下三方面深化分析。

4.1. 中西药协同作用的药代动力学与药效学机制

4.1.1. 支气管舒张作用的协同

西医治疗中,LABA(如福莫特罗)通过激动气道平滑肌 β_2 受体,快速松弛平滑肌;ICS(如布地奈德)通过抑制炎症因子释放,减轻气道黏膜水肿。中医方剂中,麻黄含有的麻黄碱(Ephedrine)为非选择性 β 受体激动剂,可直接松弛气道平滑肌,且作用持续时间较LABA更长(半衰期约3~6小时)。二者联用可形成“快速起效+长效维持”的舒张效应,且麻黄碱对 β_1 受体的弱激动作用可被LABA的高选择性(对 β_2 受体选择性是 β_1 的100倍以上)抵消,减少心悸等不良反应[5]。本研究中观察组心悸发生率(0%)低于对照组(1.9%),可能与此协同调节机制相关。

4.1.2. 抗炎作用的增效与减毒

ICS通过抑制糖皮质激素受体(GR)磷酸化发挥抗炎作用,但长期使用可能导致GR脱敏,降低疗效。中医方剂中,黄芩含有的黄芩苷(Baicalin)可通过抑制核因子- κ B(NF- κ B)通路,减少嗜酸性粒细胞浸润及白三烯释放,与ICS形成“GR依赖+GR非依赖”的双重抗炎途径[6]。韩万利[6]研究发现,定喘汤联合布地奈德福莫特罗可使哮喘患者血清IL-5水平降低42.3%,显著优于单纯西药组(降低21.5%),与本研究观察组 $FEV_1\%$ pred改善幅度(24.3%)高于对照组(11.5%)的结果一致。此外,黄芪中的黄芪多糖(Astragalus Polysaccharide)可增强机体免疫功能,减少口腔念珠菌感染风险——观察组口腔念珠菌感染率(3.8%)低于对照组(4.8%),印证了中药“减毒”作用。

4.2. 与国内外研究的横向对比与批判性分析

4.2.1. 与国内研究的一致性

李明等[4]纳入5项随机对照试验(共1200例患者)的Meta分析显示,中西医结合治疗哮喘的总有效率($RR = 1.21, 95\% CI: 1.15 \sim 1.28$)、 FEV_1 改善值($MD = 0.32L, 95\% CI: 0.25 \sim 0.39$)与本研究结果(总有效率 $RR = 1.17, FEV_1$ 改善值 $MD = 0.40L$)高度一致,进一步验证了疗效稳定性。但本研究新增“症状积分动态变化”指标,发现观察组治疗4周时症状积分已显著低于对照组(5.2 ± 1.6 vs 6.8 ± 1.8),提示中西医结合

合在“快速缓解症状”方面的优势，弥补了既往研究仅关注终点指标的不足。

4.2.2. 与国际研究的互补性

国际指南(GINA 2023) [7]强调“生物制剂(如抗 IgE 抗体)用于难治性哮喘”，但此类药物价格昂贵(年治疗费用约 10 万元)，且仅对 IgE 升高型哮喘有效(约占患者的 30%)。本研究针对轻中度哮喘(占患者的 70%以上)，通过辨证论治实现个体化治疗，复发率降低 17.14%，且单疗程费用(约 3000 元)仅为生物制剂的 3%。二者形成“重症依赖生物制剂 + 轻中度依赖中西医结合”的互补格局，为不同病情患者提供分层治疗方案。

4.3. 研究局限性与改进方向

4.3.1. 方法学局限性

单中心样本偏差：本研究为单中心试验，患者均来自广西地区，可能受地域气候(湿热)及中医用药习惯(偏好温燥类药物如麻黄、桂枝)影响，结果外推性有限。未来需开展多中心研究，纳入北方寒冷干燥地区患者，验证疗效稳定性。

缺乏药代动力学数据：未检测患者血清中麻黄碱、布地奈德等药物浓度，无法量化中西药相互作用的具体参数(如代谢酶 CYP3A4 对布地奈德的影响)。后续研究可通过血药浓度监测，明确最佳用药剂量比。

4.3.2. 临床应用局限性

辨证主观性：中医辨证依赖医师经验，寒哮/热哮的判定缺乏客观指标(如血清炎症因子水平)。未来可结合舌象分析仪、代谢组学技术，建立“症状 + 客观指标”的辨证体系。

随访时间较短：6 个月复发率仅反映短期疗效，哮喘作为慢性疾病，需 1~2 年长期随访数据验证中药“治本”效果。

5. 展望与意见

5.1. 研究展望

扩大样本与多中心研究：开展全国多中心、大样本试验，纳入不同地域、年龄、病情的患者，进一步验证疗效稳定性。

深化机制研究：结合分子生物学技术，探索中西医结合对炎症因子(如 IL-4、IL-5、TNF- α)、气道重塑标志物(如转化生长因子- β)的影响，阐明协同作用的分子机制。

优化治疗方案：针对难治性哮喘、重症哮喘等亚型，探索中西医结合的个体化方案，如中药联合生物制剂(抗 IgE 抗体)的应用效果。

推广便捷剂型：将中药汤剂开发为颗粒剂、吸入剂等，提高患者依从性，便于长期管理。

5.2. 临床意见

坚持辨证与辨病结合：西医诊断明确哮喘类型及严重程度，中医辨证区分发作期与缓解期，避免“一方通用”。

重视缓解期调理：哮喘控制后需继续中药调理 3~6 个月，尤其肺脾肾气虚者，可降低复发率。

加强患者教育：指导患者识别发作前兆(如鼻痒、咳嗽加重)，掌握中药煎服方法及西药吸入技巧，提高自我管理能力。

警惕药物相互作用：如麻黄与茶碱联用时需监测血药浓度，避免心率过快等不良反应。

6. 结语

本研究证实,中西医结合治疗哮喘在提升疗效、改善肺功能、降低复发率方面优势显著,且安全性良好。其核心价值在于融合西医精准控制(快速缓解气道痉挛与炎症)与中医整体调理(改善脏腑功能、消除“痰饮夙根”)的优势,既解决“气道炎症”的局部问题,又改善“脏腑功能失调”的整体状态。随着机制研究的深入和方案的优化,中西医结合有望成为哮喘长期管理的重要策略,为患者提供更优质的治疗选择。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(2020 年版) [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2020, 43(12): 1023-1048.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 60-62.
- [3] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 85-95.
- [4] 李明, 王辰. 中西医结合治疗支气管哮喘的研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(5): 636-640.
- [5] Barnes, P.J. (2018) Asthma: Mechanisms and New Treatments. *Lancet*, **391**, 1581-1592.
- [6] 韩万利. 定喘汤联合布地奈德福莫特罗治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的效果[J]. 中国民康医学, 2025, 37(8): 109-111+115.
- [7] Global Initiative for Asthma (2023) Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2023 Report). <https://ginasthma.org/>